

# Die wirtschaftliche Seite der Versorgung demenzkranker Menschen aus Sicht der Krankenhausverwaltung

## **„Das demenzfreundliche Krankenhaus?“ Demenzkonvent der Alzheimer Gesellschaft Duisburg**

Ralf Zastrau

Geschäftsführer Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie  
Geschäftsführer Albertinen-Services Hamburg ASH-GmbH

Duisburg, den 11. Februar 2015

Die wirtschaftliche Seite... aus Sicht der ‚Verwaltung‘,  
puuuh....

Wie das schon wieder klingt!

Nach Bürokratie, Erbsenzählen und Sesselpupen...

Ich sehe das ein bisschen anders:

# Ein neuer Blick auf Demenz: Wie Krankenhäuser gute Orte für demenzkranke Menschen werden (und dabei ihre Wirtschaftlichkeit verbessern)

## **„Das demenzfreundliche Krankenhaus?“ Demenzkonvent der Alzheimer Gesellschaft Duisburg**

Ralf Zastrau

Geschäftsführer Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

Geschäftsführer Albertinen-Services Hamburg GmbH

Duisburg, den 11. Februar 2015

- ▶ ...auf maximale Effizienz
- ▶ ...auf hohe Taktzahl
- ▶ ...auf standardisierte Abläufe
- ▶ ...auf große Technikorientierung
- ▶ ...auf ‚funktionierende‘ Patienten
- ▶ ...besonders in Notaufnahme, Diagnostik und OP!

- ▶ tragen – Gott sei Dank! – kein Schild auf der Stirn
- ▶ sind aufgrund der Situation verunsichert und desorientiert
- ▶ sind meist nicht wegen der Demenz, sondern wegen einer anderen Erkrankung im Krankenhaus
- ▶ und deswegen zusätzlich verwirrt, verängstigt und schmerzgeplagt
- ▶ brauchen Ruhe, Vertrautheit, Orientierung, freundliche Ansprache, Ordnung und Struktur.
- ▶ brauchen jedenfalls keine Hektik, Betriebsamkeit
- ▶ aber dafür jemanden an ihrer Seite, wenn man sie in enge, dröhnende Röhren schiebt!
- ▶ Und wenn wir uns nicht auf sie einstellen, bringen sie unser ganzes schön ausgefeiltes System durcheinander.

## Besondere Risiken

**Multimorbidität** = höher

**Multimedikation (≥5 Med.)**

**Fehl-/Mangelernährung**  
**„Functional decline“**

**Stürze** = 28,5/1000 Krkh.-Tg. vs. 7,9/1000 Krkh.-Tg. (LUCAS TP6, 2011)

**Nosokomiale Infektionen** = deutlich erhöht

**Aspiration** = häufigste Todesursache!

**Komplikationen** = Rate deutlich erhöht

**Mortalität** = erhöht (4,8% vs. 3,2%)

Quelle: Prof. von Renteln-Kruse, 2010

Also, demenzkranke Patienten haben wir in unseren Häusern ohnehin.

Wir können uns also nur noch fragen, ob wir mit ihnen adäquat umgehen – dann nützt es ihnen, es nützt ihren Angehörigen, und es nützt uns.

Oder eben nicht.

Wenn man die Frage nach der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung demenzkranker Menschen stellt, dann wohl in Hinblick auf zwei Aspekte:

Wie kann man die Versorgung so gestalten, dass sie effizienter wird?

Stichworte: Vermeidung von Deliren, Vermeidung von Komplikationen, Vermeidung von übermäßiger Personalbindung, Vermeidung von überflüssiger Verweildauer

Und: Kann man den Umgang mit demenzkranken Patienten so gekonnt gestalten, dass er positiv auf die eigene Positionierung einzahlt – also hilft, Patienten zu akquirieren?

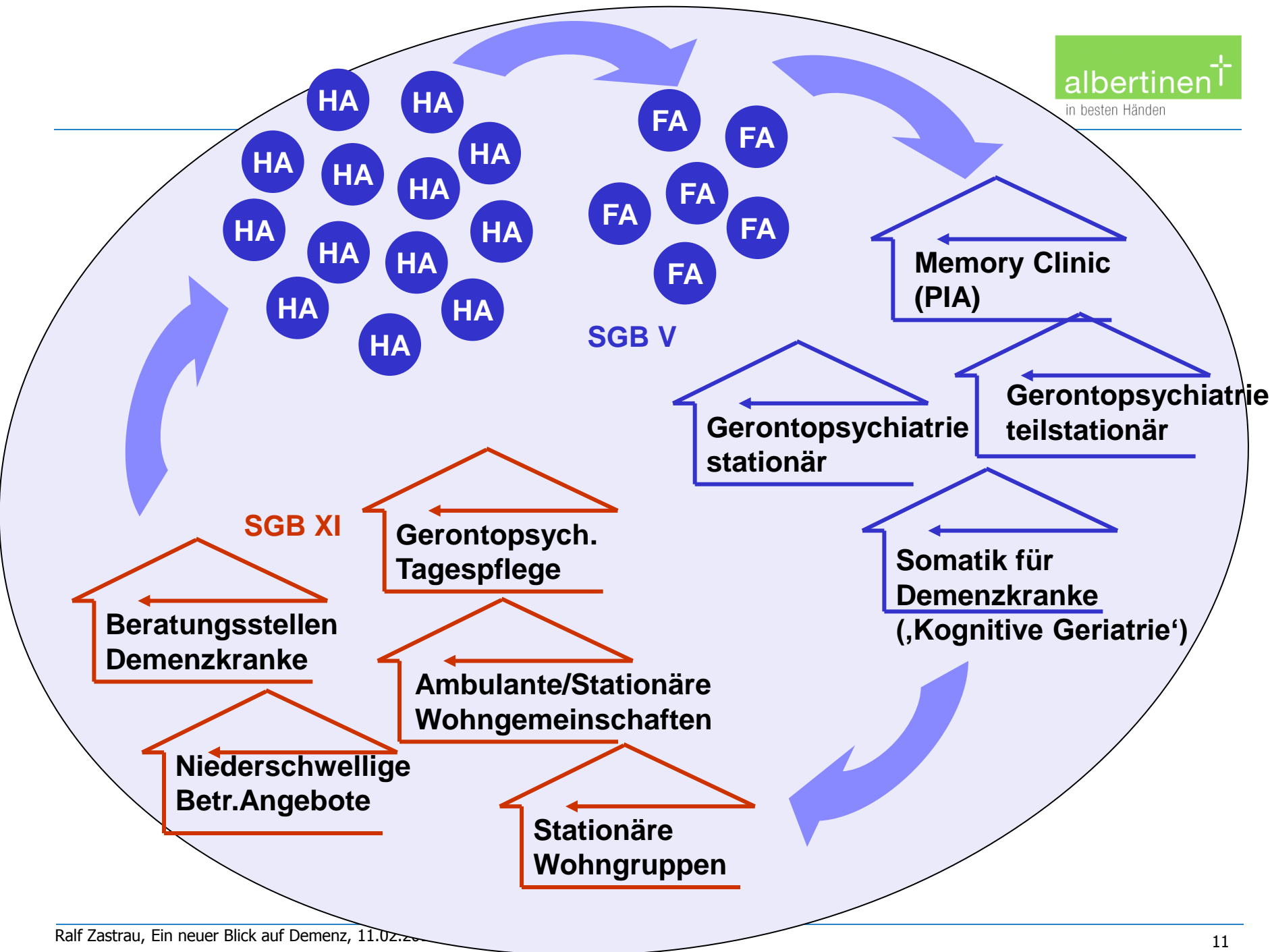
Ihr Geriater würde das vermutlich sofort bejahen. Ihr Psychiater und Ihr Internist vielleicht auch. Vielleicht sogar der Neurologe.

Aber Ihr Orthopäde? Und Ihr Gynäkologe?

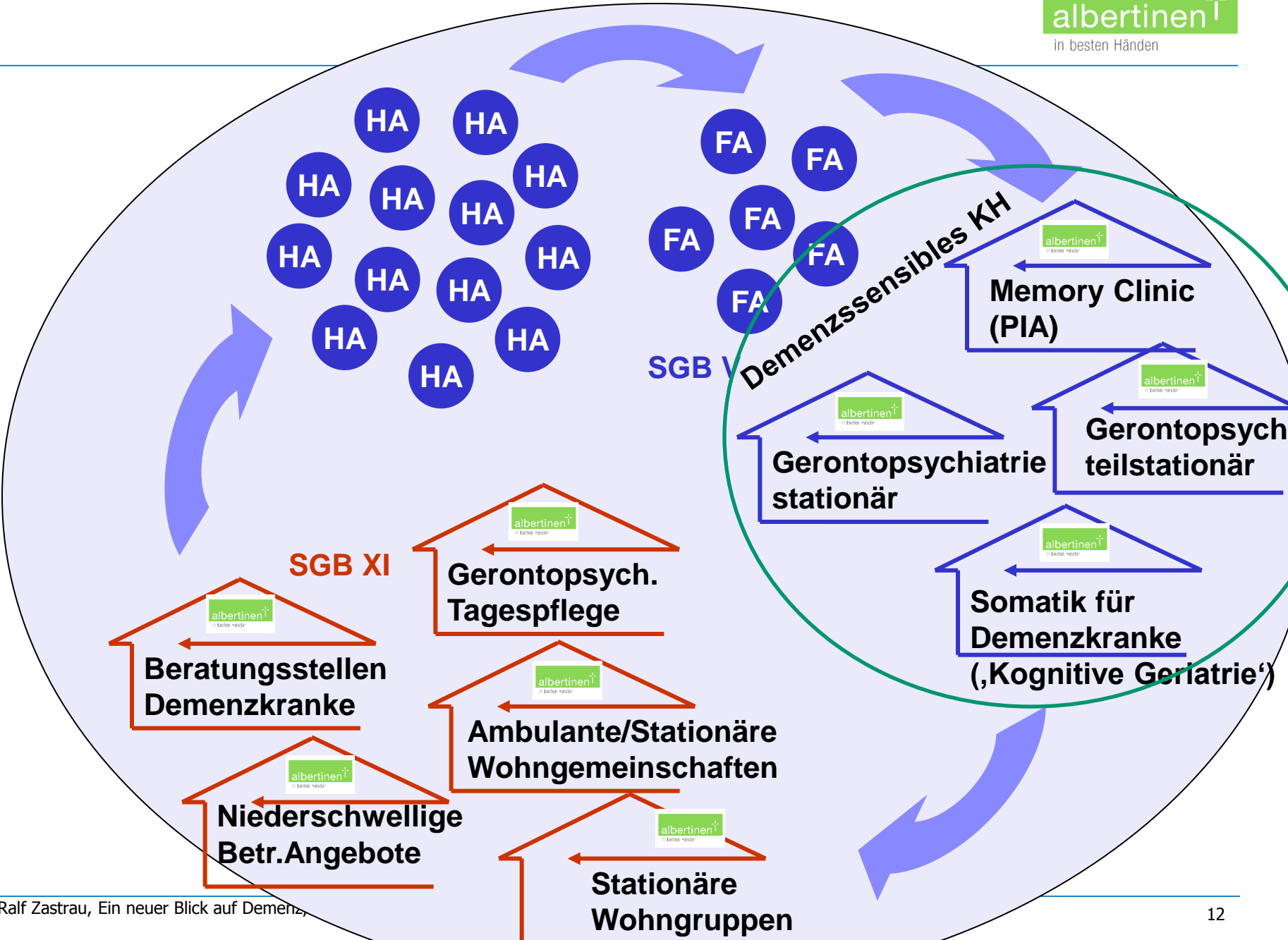


# Gefragt ist ein integriertes Konzept.

(der Versorgung von demenzveränderten Menschen und deren  
Angehörigen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen)



# ...zum Beispiel bei Albertinen:



# Was wir bei Albertinen tun: Beispiel 1 - Spezialstation „Kognitive Geriatrie“

- ▶ **Kern-Auftrag:** Versorgung von Geriatrie-Patienten mit kognitiven Einschränkungen, insbes. Demenz-Kranken
  - ▶ Besonderes räumliches Setting (,Wohnzimmer‘, Therapieraum, Rundlauf, Licht-/ Farbkonzept)
  - ▶ Besonderes medizinisches / therapeutisches Konzept
- ▶ **Kern-Ziele:**
  - ▶ Verbesserung der Versorgungsqualität für diese spezielle Klientel
  - ▶ Insbesondere Verbesserung des Frührehabilitations-Erfolgs
  - ▶ Entlastung der übrigen Stationen von den besonderen Problemen dieser Klientel
  - ▶ Bei möglichst geringer Verweildauer
- ▶ **Inbetriebnahme** im Albertinen-Haus am 01.11.2009





# Wohn-/Esszimmer

(Sozialverhalten, Gewichtszunahme)

# Mehr Licht

Weniger Verhaltensauffälligkeiten und depressive Verstimmung

(Riemersma van der Lek, JAMA 2008)



# Gestaltung von Boden / Farben

(Steuerung der Laufwege)

Reduktion des  
Sturzrisikos





## Original Contribution

Z Gerontol Geriat 2012 · 45:400–403  
DOI 10.1007/s00391-012-0299-1  
Received: 15 October 2011  
Revised: 25 November 2011  
Accepted: 28 December 2011  
Published online: 17 March 2012  
© Springer-Verlag 2012

A. Rösler<sup>1, 3</sup> · W. von Renteln-Kruse<sup>1</sup> · C. Mühlhan<sup>2</sup> · B. Frilling<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Center of Geriatrics and Gerontology, Albertinen-Haus, University of Hamburg

<sup>2</sup> Institute of Psychology, University of Hamburg

<sup>3</sup> III. Medizinische Klinik, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

## Treatment of dementia patients with fracture of the proximal femur in a specialized geriatric care unit compared to conventional geriatric care

Recently, specialized wards have been established in geriatric hospital departments in Germany, reflecting the growing need of special care for acutely ill older patients who are also cognitively impaired. Some characteristics of such wards are extend-

assessment (CERAD battery). The matching criteria were sex, age group (65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, and ≥ 90 years), Mini-Mental Status score (1: 0–9; 2: 10–19; 3: 20–24 points out of a total of 30 points), and the type of operation (closed or open).

teaching session once a month about gerontopsychiatric issues, an extension of the morning meeting duration as well as the weekly team session, and an additional 15-min meditation session once a week.

## „Kognitive Geriatrie“, Medizinisch-Geriatriische Klinik, Albertinen Haus

### Fall-Kontroll Studie

Jeweils 48 Pat. mit prox. FF + Demenz CGU vs. 48 Pat. geriatr. Bhdlg. (84,1 ± 7,8 J.)

VWD vs. 17,7 ± 4,7 Tg. (p=0,031)

Zuwachs Gesamt BI 11,08 vs. 14,90

Zuwachs Tinetti M 6,40 vs. 3,00 (p<0,001)

Neuroleptika 7,0% vs. 14,6% (p=0,080)

### Entlassung:

58% nach Hause

21% zurück in PH

21% erstmals in PH

• Demnächst mit 2.084 Patienten

## ORIGINALARBEIT

# Kognitiv beeinträchtigte geriatrische Patienten

Patientenmerkmale und Behandlungsergebnisse auf einer spezialisierten Station

Wolfgang von Renteln-Kruse, Lilli Neumann, Björn Klugmann, Andreas Liebetrau, Stefan Golgert, Ulrike Dapp, Birgit Frilling

## ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** In Krankenhäusern steigt die Zahl 80-jähriger und älterer Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und erhöhtem Risiko für komplizierte Behandlungsverläufe. Um dieser Herausforderung zu begegnen, wird evaluiert, ob diese Patienten auf einer spezialisierten geriatrischen Station für „Kognitive Geriatrie“ angemessen behandelt werden können.

**Methode:** Beobachtung einer Kohorte vom Jahr 2009 bis 2014 (N = 2 084) und ergänzende Untersuchung einer Teilstichprobe der Krankenhauskohorte LUCAS („longitudinal urban cohort-ageing-study“) (N = 380) vom Jahr 2010 bis 2011.

**Ergebnisse:** Geriatrische Akutpatienten mit kognitiver Beeinträchtigung sind multimorbid. Jeder zweite Patient (1 031/2 084) erreichte das Krankenhaus als Notfall. Verlegungsbedürftige Komplikationen auf der Station betrafen 2,6 % (51/2 084) der Patienten. Die Behandlung ging mit einer Verbesserung funktionaler Kompetenz einher, die in der Teilstichprobe erfasst wurde. So war der Barthel-Index Gesamtscore von  $39,8 \pm 24,3$  (Median: 35) bei Aufnahme auf  $52,7 \pm 27,0$  (Median: 55) bei der Entlassung gestiegen. Die Zahl der Patienten mit medikamentöser Mehrfachbehandlung ( $\geq 5$  Wirkstoffe) reduzierte sich von 98,2 % (373/380) auf 79,3 % (314/362) bei Entlassung. Bei denjenigen mit po-

**M**it steigendem Anteil über 80-jähriger Krankenhauspatienten (1) wächst auch die Zahl der Menschen mit zerebralen Schädigungen, die entweder bereits manifest symptomatisch demenziell erkrankt oder latent kognitiv beeinträchtigt sind, zum Beispiel durch ein mildes kognitives Defizit (2–4, e1–e4). Diese Patienten sind gefährdet, dass sich anlässlich akuter Gesundheitsstörungen klinisch manifeste Zeichen eines demenziellen Syndroms entwickeln oder, dass sich bestehende demenzielle Erkrankungen verschlechtern (5, 6, e5–e7). Dies stellt die Beschäftigten in Krankenhäusern vor besondere Herausforderungen, denn diese Patienten bergen Risiken für komplizierte und verlängerte Behandlungsverläufe sowie erhöhte Mortalität (5, 6, e4–e7). Häufige Komplikationen älterer, akut Erkrankter mit kognitiven Beeinträchtigungen sind Delir (7, 8) sowie Stürze (9, 10, e8). Beide unerwünschten Ereignisse sind einerseits eng verknüpft mit Multimorbidität und niedrigem Niveau funktionaler Kompetenz (11),

## „Kognitive Geriatrie“, Medizinisch-Geriatrie

Haus

Fall-Kontroll Studie

Jeweils 48 Pat. mit

± 7,8 J.)

VWD

Zuwachs

Zuwachs

Neuroleptika

Entlassung:

- Kürzere Verweildauer
- Bessere Mobilität
- Bessere Alltagskompetenzen
- Weniger Neuroleptika
- Weniger Multimedikation
- Weniger PIM

58% nach Hause

21% zurück in PH

21% erstmals in PH

9,5% (p=0,080)

## Schon umgesetzt (seit 2011):

- ▶ Zunächst in der Zentralen Notaufnahme und der INKA (‚Interdisziplinäre Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation‘)
- ▶ Schulung der Mitarbeiter/innen im Umgang mit Demenz /Validation (Pflege, Ärzte, Aufnahmekräfte, Hol- und Bringedienst, Servicekräfte)
- ▶ Ausbildung von ehrenamtlichen Demenzbegleitern
- ▶ Demenzgerechte Raumgestaltung / Orientierung (Piktogramme, Bebilderung)
- ▶ Schnelles Erkennen einer kognitiven Störung / Demenz als Triagekriterium
- ▶ Information und Beratungsangebote für Angehörige (auch: ‚Beratungsstelle für Demenzkranke und ihre Angehörigen‘)



# Was wir bei Albertinen tun: Beispiel 2 - Das Projekt ‚Demenzsensibles Krankenhaus‘

## Was noch zu tun ist:

- ▶ Weitere / kontinuierliche Schulung der Mitarbeiter Ärzte ,Pflege und Service
- ▶ Ausweitung auf weitere Funktionsbereiche (Radiologie / Diagnostik) und Station (Innere, Kardiologie Unfallchirurgie, Neurologie...)
- ▶ Regelmäßige Fallbesprechungen und Supervision
- ▶ Anschaffung von speziellem demenzgerechten Geschirr / Besteck
- ▶ Entwicklung / Umsetzung eines speziellen Ernährungskonzepts
- ▶ Anschaffung von auf Bodenniveau absenkbaeren Betten
- ▶ Interdisziplinäre Station für kognitiv eingeschränkte Menschen im Albertinen-KRANKENhaus

## Ziele:

- Ressourcen von Angehörigen erkennen und systematisch in die Findung von Therapiezielen sowie in Behandlungs-, Pflege- und Entscheidungsprozesse mit ein zu beziehen.
- Die Kommunikation und Interaktion von Krankenhaus- Mitarbeitern, Angehörigen und Patienten zu systematisieren, zu strukturieren und insgesamt zu verbessern.
- Dadurch den Behandlungserfolg der Patienten zu sichern und unnötige Belastungen für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zu vermeiden.



## Ist-Analyse:

- Literatur-Recherche
- Mitarbeiter-Befragung (Schulungs-Bedarfe)
- Angehörigen-Befragung (Info-/Beratungs-/Schulungsbedarfe)

## Interventionen

- Curriculum-Entwicklung zur Mitarbeiter-Schulung
- Durchführung von MA-Schulungen (alle Berufsgruppen)
- Informations-Angebote für Angehörige (Flyer, Video)
- Unterstützungs-Angebote für Angehörige (Vortragsreihe, Sprechstunde)

## Evaluation/Dokumentation/Publikation

- Laufende Begleitung durch Institut Prof. Görres, Bremen
- Abschlussbericht und –symposium
- Multiplikation im Rahmen des ‚Netzwerks Demenzsensibler Krankenhäuser Hamburgs‘

## Was spart Geld?

- ▶ Vermeidung von Delirien
- ▶ Vermeidung von Komplikationen (Stürze!)
- ▶ Vermeidung von übermäßiger Personalbindung (tagsüber und nachts)
- ▶ Vermeidung von teurer / zu viel Medikation
- ▶ Vermeidung von überflüssiger Verweildauer
- ▶ Vermeidung von hohem Blutdruck und überschüssiger Magensäure (bei allen Beteiligten)

## Was kostet Geld?

- ▶ Mitarbeiterschulungen
- ▶ Einsatz zusätzlicher Assessment-Instrumente
- ▶ Informationsmaterial / Schulungsangebote
- ▶ Höhere Personaldichte
- ▶ Demenzgerechte Raumausstattung (Niedrigflur-Betten)
- ▶ Demenzgerechte Architektur
- ▶ Supervision / Coaching / Führung

Zufällig Vertreter von Kostenträgern hier?

Nein?

Okay, dann mal unter uns...

## Was kostet Geld?

- ▶ **Mitarbeiterschulungen - Das ist dann mal ein Schwerpunkt in Ihrem normalen Fobi-Budget**
- ▶ **Einsatz zusätzlicher Assessment-Instrumente - Das ist unser Job, oder?**
- ▶ **Informationsmaterial / Schulungsangebote - Kann man sich uU refinanzieren lassen (Kurse für pflegende Angehörige)**
- ▶ **Höhere Personaldichte – Das müssen ja nicht alles Pflegefachkräfte sein – GPAs, Betreuungskräfte, ehrenamtliche MA**
- ▶ **Demenzgerechte Raumausstattung (Niedrigflur-Betten) – Kostet das relevant mehr Geld als das ‚normale‘?**
- ▶ **Demenzgerechte Architektur – Dito?**
- ▶ **Supervision / Coaching / Führung – Hängt von Ihren internen Strukturen ab – aber da soll und kann man nicht sparen!**

DB-Potenzial Demenzsensibles KH	
Betten	500
MVD (Tage)	8,0
Belegung	90,0%
CMI	1,100
Base-Rate	3.100 €
Patienten	20.531
Pat. Komorbi Demenz %	7,5%
Pat Komorbi Demenz abs.	1.540
<b>Reduktion VD (Tage/Pat):</b>	<b>0,75</b>
gesparte Tage:	1.155
Potenzial Patienten:	144
<b>Potenzial Betten:</b>	<b>2,85</b>
Potenzial Erlös:	492.269 €
Potenzial DB %	75,0%
<b>Potenzial DB abs.</b>	<b>369.202 €</b>

## Lesehilfe:

- ▶ Wenn es Ihnen gelingt, durch ‚demenzsensible Maßnahmen‘ die durchschnittliche VD der betroffenen Patienten um 0,75 Tage zu senken (und die gewonnenen Kapazitäten in die Gewinnung zusätzlicher Patienten umzusetzen), haben Sie bis zu 370 T€ zur Finanzierung dieser Maßnahmen zur Verfügung.

## Oder:

- ▶ Sie können bis zu 2,85 Betten auf einer Station reduzieren. Wenn Sie die VD der betroffenen Patienten um 0,75 Tage senken (und die gewonnenen...), gleichen Sie den kapazitätsbedingten DB-Verlust aus.

- ▶ Besseres **Qualifikation / Assessment** beim Hausarzt (schnell, einfach, bezahlt)
- ▶ Schnellere **Überweisung** zum Facharzt / Memory Clinic
- ▶ Bessere / frühere **Differenzial-Diagnostik**
- ▶ Bessere / treffgenauere / leitliniengerechtere **Medikation**
- ▶ Bessere / frühere **psychosoziale Beratung**
- ▶ Besserer Zugang zur „niederschweligen **Betreuungsangeboten**“
- ▶ Krankenhaus: Schneller Zugang zu **psychiatrischen und somatischen Spezialangeboten**
- ▶ Besserer Zugang zu **Schulung von Angehörigen**
- ▶ **Vermeidung überflüssiger Untersuchungen / stationärer Unterbringungen** („Das Krankenhaus ist ein gefährlicher Ort...“)
- ▶ **Bessere Patienten-Steuerung ‚aus einer Hand‘**



Wir brauchen eine **Kultur**, wo Anderssein kein Problem ist!

Wir brauchen **Achtsamkeit** uns selbst, den Patienten und Angehörigen gegenüber.

Wir brauchen **Empathie**, einen **Menschenverstand** und

Wir müssen uns unsere eigene

Gegebenheiten

Wir brauchen **langen Atem**.

Denn **Hier** gibt es einen Unterschied!

(Karin Schramm, Stell. Pflegedirektorin AKH/AH gGmbH)

Ich glaube, demenzsensibel zu werden, tut uns insgesamt gut – es gibt uns etwas zurück, oder...?





# Aber es bewegt sich viel – in Hamburg jedenfalls, in Duisburg auch?



Herzlichen Dank.  
Bleiben Sie aufmerksam!